

Antrag

der Abgeordneten Heinz Schmitt (Berg), Arne Fuhrmann, Klaus Barthel (Starnberg), Hans-Werner Bertl, Willi Brase, Ulla Burchardt, Dr. Peter Eckardt, Lothar Fischer (Homburg), Ulrich Kasparick, Siegrun Klemmer, Horst Kubatschka, Ernst KÜchler, Dietmar Nietan, Dr. Edelbert Richter, René Röspel, Dr. Ernst Dieter Rossmann, Siegfried Scheffler, Wilhelm Schmidt (Salzgitter), Dr. Angelika Schwall-Düren, Bodo Seidenthal, Jörg Tauss, Brigitte Wimmer (Karlsruhe), Dr. Peter Struck und der Fraktion der SPD

sowie der Abgeordneten Hans-Josef Fell, Irmingard Schewe-Gerigk, Dr. Reinhard Loske, Christian Simmert, Kerstin Müller (Köln), Rezzo Schlauch und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Altern ganzheitlich in der Forschung betrachten

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

In der Bundesrepublik Deutschland leben heute rund 82 Millionen Menschen, davon sind 18,4 Millionen (22 %) 60 Jahre und älter. Knapp 100 Jahre zuvor, im Jahre 1900, waren von seinerzeit 56,4 Millionen Menschen im Deutschen Reich 4,4 Millionen (8 %) 60 Jahre und älter. 1950 entfielen von der Bevölkerung in beiden Teilen Deutschlands (69,3 Millionen) 10,1 Millionen Menschen (15 %) auf die Älteren ab 60 Jahren.

Mit diesen Daten korrespondiert die deutliche Steigerung der durchschnittlichen Lebenserwartung in den vergangenen Jahrzehnten: Ein um das Jahr 1900 geborenes Mädchen hatte seinerzeit eine durchschnittliche Lebenserwartung von gut 48 Jahren, ein neugeborener Junge von 45 Jahren. Für ein heute neugeborenes Kind errechnet sich eine rund 30 Jahre höhere Lebenserwartung (w: 80,5 bzw. m: 74,4 Jahre). Diese Entwicklung wird sich aller Voraussicht nach fortsetzen, indem insbesondere die Anzahl der Hochbetagten in Zukunft weiter erheblich anwächst.

Der Alterungsprozess des Menschen ist mit vielen Veränderungen biologischer, psychosozialer und sozialer Art für das Individuum und seine unmittelbare und weitere Umgebung verbunden. Je nach Art der Veränderungen können sie vom Einzelnen oder seinem sozialen Kontext positiv oder negativ empfunden und erlebt werden. Zum einen bieten die Entlastung aus beruflichen oder familiären Verpflichtungen (Verrentung und Abschluss der Familienphase) mehr Freiraum zur Wahrnehmung eigener Interessen, die vorher zurückgestellt werden mussten oder gar nicht entwickelt werden konnten: stärkere Pflege sozialer Kontakte, intensivere und aktivere Pflege eigener Hobbies, sportlicher und/oder kultureller Interessen, vermehrte Reiseaktivitäten und stärkere Nutzung unterschiedlicher Bildungsmöglichkeiten sowie die Wahrnehmung neuer sozialer

Verpflichtungen wie z. B. ehrenamtliche Tätigkeiten. Zum anderen bedeutet Altern aber auch allmähliches Fortschreiten körperlicher, kognitiver, psychosozialer, sozialer und gesundheitlicher Einschränkungen. Tendenziell haben alle diese Einschränkungen einen gesundheitlichen Aspekt für den Einzelnen und sein soziales Umfeld.

Zusammenfassend läßt sich – insbesondere vor dem Hintergrund der Ergebnisse der Enquête-Kommission „Demographischer Wandel“ – feststellen, dass die strukturelle Alterung der Gesellschaft eine der großen gesellschaftlichen Herausforderungen der Zukunft ist. Sie ist verursacht durch steigende Lebenserwartung bei gleichzeitigem Rückgang der Geburtenzahlen und der Bevölkerungszahl auf der anderen Seite.

II. Der Deutsche Bundestag begrüßt,

dass die Bundesregierung auf diese Herausforderungen durch umfassende und kohärente Programme zur Alterungsforschung bzw. Altersforschung – wie sie sich etwa aus dem 3. und 4. Altenbericht ergeben (Bundestagsdrucksachen 14/5130 und 14/8822) – bereits frühzeitig reagiert hat. Dabei hat sich die Bundesregierung an dem Leitgedanken orientiert, dass das außerordentlich komplexe Phänomen des Alterns in der gesamten biologischen, medizinischen und sozialen Breite der Fragen bearbeitet werden muss. Unter den von der Bundesregierung geförderten Programmen, die sowohl die Grundlagenforschung als auch die anwendungsorientierte Forschung betreffen, sind folgende Beispiele hervorzuheben:

- Das Gesundheitsforschungsprogramm beinhaltet wesentliche Ansatzpunkte, die auf verbesserte diagnostische und therapeutische Methoden abzielen, um Krankheitslasten im Alter zu vermindern oder neue Heilungschancen zu eröffnen. Die Forschungsförderung zur Krankheitsbekämpfung ist in wesentlichen Bereichen auf chronische Erkrankungen ausgerichtet, von denen überwiegend ältere Menschen betroffen sind. Die Schwerpunkte sind je nach den Forschungsgebieten und den ausgewiesenen Zielsetzungen interdisziplinär angelegt und beziehen neben medizinischen und naturwissenschaftlichen Disziplinen auch sozial- und verhaltenswissenschaftliche Fächer sowie epidemiologische und gesundheitsökonomische Erkenntnisse ein.
- Die von der Bundesregierung geförderte systematische Weiterentwicklung der Humangenomforschung im Nationalen Genomforschungsnetz, die mit der derzeitigen Schwerpunktsetzung auf eine funktionelle Untersuchung der bekannten Gene ausgerichtet ist, eröffnet Perspektiven auch für eine molekulare Altersforschung. Die weitere Aufklärung der Grundlagen zellulärer Prozesse wird voraussichtlich Ansätze für eine kausale Beschreibung von Alterungsprozessen ermöglichen.
- Die von der Bundesregierung geförderten Kompetenznetze in der Medizin zielen in bestimmten Krankheitsbereichen auf einen verbesserten und beschleunigten Transfer von der Forschung in die Versorgung. Dafür sind in den jeweiligen krankheitsbezogenen Netzen Kompetenzen der Grundlagen-, der klinischen und der Versorgungsforschung mit einschlägigen Versorgungseinrichtungen verbunden. Bei den Kompetenznetzen sind unter dem Gesichtspunkt der älteren Bevölkerung insbesondere die bestehenden Netze zu malignen Lymphomen, zu Parkinson, zu Depression und Suizidalität, zu Schlaganfall, zu chronischen Darmerkrankungen und zu entzündlich-rheumatischen Krankheiten zu nennen; bei den neu geförderten Netzen, die 2002 die Arbeit begonnen haben, ist insbesondere das Kompetenznetz Demenzen hervorzuheben.
- Wesentliche Anteile des Gesundheitsforschungsprogrammes sind auf neue Erkenntnisse in der klinischen Forschung, d. h. auf Verbesserungen in Diagnose, Therapie und Prävention gerichtet. Hierzu gehören insbesondere

die Suchtforschung, die Schmerzforschung (seit dem Jahre 2002 werden die Themen „Rückenschmerz“, „Kopfschmerz“ sowie „Neuropathischer Schmerz“ mit spezifischen Programmen gefördert) und die Ernährungsforschung. In dem Förderprogramm „Netzwerke der molekularen Ernährungsforschung“ steht die Prävention von Erkrankungen wie Bluthochdruck, Diabetes und bestimmter Krebsarten (z. B. Darmkrebs) durch eine Optimierung des Ernährungsverhaltens im Vordergrund. Ein neuer Förderschwerpunkt zu Brustkrebs wird in Kürze ausgeschrieben.

- Einen hohen Stellenwert im Rahmen des Gesundheitsforschungsprogramms der Bundesregierung nimmt der Schwerpunkt Versorgungsforschung ein, den die Bundesregierung gemeinsam mit den Spitzenverbänden der Gesetzlichen Krankenkassen im Jahr 1999 eingerichtet hat. Im Rahmen dieser Förderung werden u. a. auch explizit Fragen der Versorgung in der älteren Bevölkerung thematisiert und konkret untersucht. Hervorzuheben ist auch der Schwerpunkt Rehabilitationsforschung, den die Bundesregierung gemeinsam mit den Trägern der Rentenversicherung fördert.
- Die Bundesregierung hat im Regierungsprogramm Gesundheitsforschung den Auf- und Ausbau der Public Health-Forschung betrieben. Im Rahmen dieses Schwerpunkts wurden bevölkerungsbezogene Fragen zur Bewahrung und Wiederherstellung von Gesundheit, aber auch einzelne Bereiche der Gesundheitssystemforschung und Gesundheitsökonomie in der gesamten Bevölkerung oder in besonderen Bevölkerungsgruppen bearbeitet. Überdies wurden Aufbaustudiengänge gefördert.
- Der Förderschwerpunkt Pflegeforschung legt einen wesentlichen Akzent darauf, dass Pflege heute darauf ausgerichtet sein sollte, die Autonomie und andere psychosoziale Ansprüche des Pflegebedürftigen soweit wie möglich zu erhalten und zu fördern.
- Bei der Formulierung des kürzlich beschlossenen 6. Forschungsrahmenprogramms der Europäischen Union hat sich die Bundesregierung mit ihrem Anliegen durchgesetzt, der Erforschung menschlichen Alterns besonderes Gewicht beizumessen.

Über die an Fragen der Gesundheit orientierte Forschung hinaus hat die Bundesregierung eine Vielzahl von Forschungsprojekten und Modellvorhaben durchgeführt und ausgewertet, die auf eine Verbesserung der Lebensqualität im Alter abzielen. Dabei geht es im Wesentlichen um Erkenntnisgewinnung für den Erhalt, die Verbesserung und ggf. Wiedergewinnung einer selbständigen Lebensführung im Alter, z. B. durch Entwicklung geeigneter Interventionsmaßnahmen in Krisensituationen. Themenschwerpunkte in diesem Zusammenhang sind insbesondere:

- Selbständigkeit, Selbstbestimmung, Möglichkeit der Aufrechterhaltung von Kompetenzen;
- Gesellschaftliche Partizipation, nachberufliche Tätigkeitsfelder, Miteinander der Generationen;
- Lebenslagen älterer Menschen;
- Ausbildung in der Altenpflege, Altenpflegestrukturen;
- Altersfreundliche Umwelt;
- Strukturen der Altenhilfe.

Forschungsarbeiten zu den einzelnen Themenschwerpunkten werden sowohl durch spezifische Forschungsaufträge der verschiedenen Bundesressorts als auch im Rahmen der institutionellen Förderung, etwa des Deutschen Zentrums für Altersfragen (DZA) in Berlin oder des Deutschen Zentrums für Altersforschung (DZfA) in Heidelberg, geleistet.

III. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf, im Rahmen der finanzpolitischen Leitlinien die Alters- und Altersforschung hinsichtlich nachfolgender Aspekte weiter zu stärken:

1. In der Alters- und Altersforschung ist angesichts der Zunahme des Anteils älterer Menschen in unserer Gesellschaft den sozialen Aspekten ein stärkeres Gewicht einzuräumen.
2. Die Faktoren für individuell unterschiedliches Alter und Altern sollen stärker erforscht werden. Dazu gehören die Auswirkungen unterschiedlicher Berufs- und Erwerbsverläufe oder auch unterschiedlicher Lebensstile (z. B. körperliche Aktivität, ausgewogene Ernährung, geistige Aktivitäten) auf die Lebenserwartung und die Gesundheit im Alter.
3. Die Untersuchung der Lebenserwartung in unterschiedlichen sozialen Schichten und in unterschiedlichen Gesellschaftsformen ist zu verstärken. Dazu gehört unter anderem auch ein Kulturvergleich auf europäischer Ebene.
4. Die Forschung für ein „aktives Altern“ bei steigender Lebenserwartung sollte verstärkt werden. Es sollten Bildungsangebote für Ältere und Angebote für nachberufliche Tätigkeiten entwickelt werden – gerade auch in Hinblick auf die Nutzung neuer Technologien. Im Erwerbsleben können Alterszeitmodelle mit flexiblen Arbeitszeiten unter Berücksichtigung neuer Erkenntnisse verbessert werden. In diesem Zusammenhang sollte auch untersucht werden, wie das Leistungs- und Innovationspotenzial älterer Menschen besser genutzt und gefördert werden kann.
5. Die Prävention, auch mit dem Ziel einer möglichst langen Erhaltung einer selbständigen Lebensführung („langes Leben in Selbständigkeit!“), sollte verstärkt erforscht werden. Hierbei ist ein besonderes Gewicht auf die Evaluierung der Qualität und Effektivität präventiver Maßnahmen und Interventionskonzepte zu legen.
6. Es sollten verstärkt Modelle entwickelt werden, um das Erfahrungswissen, die soziale Kompetenz und das Engagement älterer Menschen im Verhältnis der Generationen zueinander zu nutzen.
7. Insgesamt sollte die Versorgungsforschung sowie die Entwicklung und Umsetzung von Leitlinien für chronische Erkrankungen (von denen ältere Menschen besonders häufig betroffen sind) vorangetrieben werden, um Versorgungsqualität und Wirtschaftlichkeit zu stärken. Hierzu gehört auch die Analyse von Rahmenbedingungen zur Intensivierung des Transfers vorhandener wissenschaftlicher Erkenntnisse in die Versorgungspraxis.
8. Es sollte untersucht werden, inwieweit und durch welche Maßnahmen die Versorgungssituation sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen unter Berücksichtigung ihrer besonderen Bedürfnisse (z.B. bei älteren ausländischen Mitbürgern, bezüglich behinderter Menschen) verbessert werden kann.
9. Es sollten besondere Konzepte hinsichtlich der Hochaltrigkeit (über 85 Lebensjahre) entwickelt und stärker auf die daraus entstehenden besonderen Anforderungen eingegangen werden. Als Grundlage dafür können die Ergebnisse und Vorschläge für zukünftige Forschungsaktivitäten des 4. Altenberichts herangezogen werden.

Berlin, den 2. Juli 2002

Dr. Peter Struck und Fraktion
Kerstin Müller (Köln), Rezzo Schlauch und Fraktion